

Omgaan met somberheid op oudere leeftijd: een kwalitatieve studie

Auteurs: Margaret von Faber, Gerda M. van der Weele, Geertje van der Geest, Jeanet W. Blom, Nicolette van der Zouwe, Ria Reis, Roos C. van der Mast, Jacobijn Gussekloo

Samenvatting Achtergrond

Om nieuwe inzichten te verkrijgen voor de zorg aan ouderen met somberheid, hebben we onderzocht welke opvattingen 'screenpositieve' ouderen hebben over oorzaken en oplossingen voor somberheid.

Methode

Afname van twee diepte-interviews bij 38 deelnemers (≥ 77 jaar) die op een screeningsvragenlijst in de huisartspraktijk aangaven gevoelens van somberheid te ervaren. Om de invloed van complexe problematiek te onderzoeken, werden zowel ouderen met ($n = 19$) als zonder complexe problemen ($n = 19$) geïnccludeerd. Complexe problematiek werd gedefinieerd als een combinatie van functionele, somatische, psychologische en/of sociale problemen.

Resultaten

Alle deelnemers gebruikten diverse cognitieve, sociale en praktische copingstrategieën. Vier patronen kwamen naar voren: *mastery*, acceptatie, ambivalentie en behoefte aan steun. Vooral deelnemers met complexe problemen waren ambivalent over mogelijke interventies.

Conclusies

De meeste ouderen beschouwen hun coping als voldoende. De huisarts kan zelfmanagement ondersteunen door de (effectiviteit van de) individuele coping te bespreken, informatie te verstrekken over alternatieve interventiemogelijkheden en met ouderen hun percepties op risico's te bespreken.

Coping strategies of older people with low mood

Abstract Background

To gain new insights for support for older people with low mood, we explored the perceptions of 'screenpositive' older people on underlying causes and possible solutions.

Design and method

We conducted two in-depth interviews with 38 participants (≥ 77 years) who screened positive for depressive symptoms in general practice. To investigate the influence of the presence of complex health problems, we included 19 persons with and 19 without complex problems. Complex problems were defined as a combination of functional, somatic, psychological or social problems.

Results

All participants used several cognitive, social or practical coping strategies. Four patterns emerged: mastery, acceptance, ambivalence, and need for support. Some participants, especially those with complex problems, were ambivalent about possible interventions.

Conclusion

Most older participants perceived their coping strategies as sufficient. General practitioners can support self-management by exploring the (effectiveness of) personal coping strategies, providing information, elaborating on perceptions of risks and discussing alternative options with older persons.

Kernwoorden: depressie, interventies, ouderen, somberheid

Keywords: Depressive symptoms, Interventions, Low mood, Older people

Inleiding

Depressieve gevoelens komen veel voor op oudere leeftijd en hebben een negatieve invloed op de gezondheid en het welzijn van ouderen en hun sociale relaties [¹, ²]. De prognose van een depressie op oudere leeftijd is vaak slechter dan op jongere leeftijd [³] omdat een depressie vaker chronisch en recidiverend verloopt [⁴, ⁵].

Depressieve symptomen op oudere leeftijd worden zowel onvoldoende herkend als onderbehandeld. Dat pleit voor screening om vroegtijdig depressieve symptomen op te sporen en interventies aan te bieden die het risico op ontwikkeling van een depressie verkleinen [⁶, ⁷]. Ons eerdere gecombineerde screening- en interventieprogramma liet echter zien dat de meeste ouderen met een positieve score op depressieve symptomen de aangeboden interventie afwijzen [⁸].

Het is bekend dat ziektebeleving en ervaren behoeften het zoeken van hulp bepalen. Diverse onderzoeken beschrijven de verschillende opvattingen van oudere patiënten en artsen over de diagnose en de behandeling van depressie(-symptomen) [⁹, ¹⁰, ¹¹]. Wanneer ouderen sociale en contextuele factoren zien als oorzaak voor hun somberheid, beschouwen ze hun emoties niet als depressie en een ziekte volgens biomedisch model. Hierop aansluitend zullen ze ook een ander standpunt innemen over de zin van interventies dan mantelzorgers of professionele zorgverleners [¹²]. Ouderen kiezen een psychologische boven een medische aanpak en staan pas open voor professionele behandeling bij ernstige klachten [¹³].

Wanneer hulpverleners en oudere patiënten depressie beschouwen als te rechtvaardigen op hoge leeftijd [¹⁴] kan dit bij beiden leiden tot een passieve houding of tot terughoudendheid om depressiesymptomen te bespreken vanwege lage verwachtingen ten aanzien van behandeling [¹⁵]. Anderzijds beschrijven onderzoeken ook noties over zelfstandigheid, [¹⁶] eigen verantwoordelijkheid en cultuurspecifieke copingstrategieën van ouderen om depressieve gevoelens te bestrijden [¹⁷, ¹⁸]. Om die reden is het essentieel te onderzoeken of ouderen professionele ondersteuning verwachten wanneer ze bij screening depressiesymptomen aangeven en hoe ze hun eigen rol beschouwen in het omgaan met depressiesymptomen.

Het doel van het kwalitatieve EPISODE-onderzoek (perceptions of Elderly Patients Interviewed after Screening on Depressive feelings) was om de verscheidenheid aan percepties te beschrijven ten aanzien van oorzaken en oplossingen van ouderen (met of zonder complexe problematiek) met depressiesymptomen in de huisartspraktijk. Complexe problematiek is geoperationaliseerd als een combinatie van functionele, somatische (gezondheid en ziekte), psychologische en/of sociale problematiek [¹⁹].

Methode

Onderzoeksopzet en setting

Voor het EPISODE-onderzoek zijn deelnemers van 75 jaar en ouder benaderd die eerder participeerden in het ISCOPE-onderzoek (Integrated Systematic Care for Older PEople).

ISCOPE onderzocht de effecten en kosteneffectiviteit van proactieve en geïntegreerde zorg in de huisartsenpraktijk ten aanzien van het functioneren van ouderen [¹⁹]. In de deelnemende huisartspraktijken ontvingen alle ouderen van 75 jaar en ouder een korte vragenlijst om te screenen op de aanwezigheid van een combinatie van somatische, functionele, psychische en/of sociale problemen. Ouderen werden thuis bezocht om sociale en demografische gegevens te verzamelen en additionele vragenlijsten af te nemen zoals de 15-item versie van de Geriatrische Depressie Schaal (GDS-15) [²⁰].

ISCOPE-deelnemers kwamen in aanmerking voor deelname aan het EPISODE-onderzoek wanneer zij de vraag: 'Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?' bevestigend hadden beantwoord.

We selecteerden evenveel ouderen met als zonder complexe problematiek, en evenveel mannen als vrouwen. De geselecteerde ouderen varieerden in woonsituatie, sociale kenmerken (zoals gehuwd of verweduwd) en fysieke kenmerken (bijvoorbeeld pijnklachten, een chronische ziekte of multimorbiditeit).

De opzet was om 40 ouderen te includeren, met 10 personen in elke groep (mannen en vrouwen, met of zonder complexe problematiek). Potentiële deelnemers ontvingen een uitnodiging en beschrijving van het onderzoek, waarna een lid van het onderzoeksteam telefonisch contact opnam. Om 40 personen te kunnen includeren moesten we 55 ISCOPE-deelnemers benaderen. Na het eerste interview excludeerden we twee deelnemers vanwege ernstige geheugenproblematiek en ziekte van Alzheimer. Met de overige 38 deelnemers (77–90 jaar) werden in een periode van 6 maanden twee diepte-interviews gehouden om deelnemers voldoende tijd te geven te vertellen over de beleving van somberheid, de eigen perceptie van oorzaken en oplossingen, de behoeften en visie op ondersteuning. De interviews duurden ongeveer 1,5 uur en vonden bij deelnemers thuis plaats.

Demografische gegevens

De deelnemers woonden in zeven gemeenten in Zuid-Holland en waren ingeschreven bij 16 verschillende huisartspraktijken. In tab. 1 staan de kenmerken van de 38 deelnemers, zoals verzameld in het ISCOPE-onderzoek.

Tabel 1 Demografische en klinische gegevens van de deelnemers (n = 38).

gemiddelde leeftijd (SD)	81,8 (3,8)
vrouw, n (%)	19 (50)
zelfstandig wonend, n (%)	38 (100,0)
minimum inkomen ^a , n (%)	3 (7,9)
klinische gegevens	
>4 medicijnen, n (%)	29 (76,3)
<i>multimorbiditeit</i>	
>2 aandoeningen, n (%)	28 (73,7)
>4 aandoeningen, n (%)	18 (47,4)

SD standaarddeviatie

^aMinimum inkomen: alleen AOW

Structuur van de interviews

Het eerste interview startte met de vraag: "U heeft aangegeven dat u zich de laatste tijd (soms) somber voelt. Kunt u aangeven waarom u dit heeft ingevuld? Kunt u hier iets meer over vertellen?" Deze en andere vervolgvragen maakten dat deelnemers vrijelijk konden vertellen over de ervaren gevoelens en gedachten.

Het tweede interview startte met een mondelinge samenvatting van het eerste gesprek. We vroegen deelnemers hierop te reflecteren en we gingen na of gevoelens van somberheid waren veranderd. Hierna werden individuele behoeften geïnventariseerd met behulp van vragen zoals: *Bent u tevreden met de huidige situatie? Zou u willen dat er iets zou veranderen? Wat zou u willen?*

Om opvattingen en voorkeuren ten aanzien van interventies te bespreken gebruikten we een uitlokkingstechniek met behulp van kaartjes waarop mogelijkheden voor interventies waren aangegeven. De kaarten waren ingedeeld in drie categorieën: (1) aspecten waarop men verbetering zou willen zien, bijvoorbeeld meer sociale contacten of hulp in omgaan met beperkingen, (2) de soort activiteit, bijvoorbeeld een gesprek of cursus en (3) de voorkeuren ten aanzien van informele of professionele

ondersteuning, bijvoorbeeld door lotgenoten of huisarts. Deelnemers werden gevraagd aan te geven wat hen aansprak. Zoveel mogelijk werd doorgevraagd naar achterliggende motivaties.

De interviews werden uitgevoerd door een medisch antropoloog met ervaring in kwalitatief onderzoek bij ouderen (MF); een huisarts met ervaring in kwalitatief onderzoek naar depressieve symptomen bij ouderen (GW) en een antropoloog met ervaring in kwalitatief onderzoek (GG). Het team werd getraind in het gebruik van Atlas-ti, een ondersteuningsprogramma voor data-management en analyse. Van alle interviews zijn geluidsopnames gemaakt die verbatim werden getranscribeerd.

Analyse

De data zijn geanalyseerd op inductieve wijze volgens de 'Grounded Theory Approach' [²¹]. De codering is gedurende het onderzoek ontwikkeld en getest op een iteratieve wijze. Interviews werden onafhankelijk gecodeerd door drie onderzoekers (MF, GW, GG); deze codering werd vergeleken en discrepanties zijn opgelost door discussie en aanpassing. De codes werden gegroepeerd in thema's zoals oorzaken, ervaringen van somberheid en depressie, coping, beïnvloedende factoren, behoeften en percepties ten aanzien van interventies. De bevindingen werden bediscussieerd met andere senior-onderzoekers en vertegenwoordigers van ouderen, hetgeen leidde tot nieuwe inzichten. De discussie over het bewust afzien van specifieke activiteiten door de deelnemers resulteerde bijvoorbeeld in toevoeging van het thema 'risico' zoals ingeschat door deelnemers.

Resultaten

Ervaringen met en percepties over depressieve gevoelens

Hoewel alle deelnemers bij screening depressiesymptomen hadden aangegeven, zagen zij dit niet altijd als een teken van depressie en beschreven de meeste deelnemers zichzelf als iemand met een positief zelfbeeld en positieve kenmerken. Somberheid varieerde van het incidenteel ervaren van sombere gevoelens (bijvoorbeeld door het lezen van een krantenartikel) tot het dagelijks ervaren van depressieve gevoelens in een mate die het welbevinden negatief beïnvloedde. Sombere gevoelens werden soms als 'passend' en als onvermijdelijke consequentie beschouwd van negatieve gebeurtenissen, zoals een levensbedreigende ziekte van een kind. Bij zes deelnemers was in het verleden de diagnose depressie gesteld. Bij twee deelnemers was, bij een recent bezoek aan hun huisarts voor geheugenproblemen, een milde depressie geconstateerd.

Deelnemers definieerden depressie als een zeer negatieve gemoedstoestand 'waarover je zelf geen controle meer had', die zelfs gevaarlijk kon zijn en kon leiden tot suïcidepogingen; een situatie waar de deelnemers zich niet in herkenden.

Verklaringen voor somberheid en depressieve gevoelens

De meeste deelnemers gaven een multidimensionale verklaring voor hun sombere of depressieve gevoelens.

Sociale factoren werden het meest genoemd als oorzaak, bijvoorbeeld het verlies van de partner, eenzaamheid, een ongelukkig huwelijk, een ongeneeslijke ziekte van een kind, of het verlies van contact met kinderen en/of kleinkinderen vanwege conflicten:

Ik probeer contact te krijgen met mijn kleinkinderen. Maar iedere keer dat ik ze opbel, dan leggen ze [dochters] de hoorn erop. (man, geen complexe problematiek)

Lichamelijke en mentale problemen (zoals lichamelijke beperkingen, chronische pijn, geheugenproblematiek, slaaptkort of vermoeidheid) werden beschouwd als factoren die somberheid beïnvloedden. Een vrouw zegt hierover:

Het is moeilijk omdat ik altijd last heb van pijn. Wanneer ik naar buiten wil, maar dat lukt niet vanwege de pijn, dan wordt ik somber. (vrouw, complexe problematiek)

Leeftijd en de fase van ouderdom werden ook als oorzaak genoemd. Een vrouw (zonder complexe problematiek) gaf aan: 'Het leven is niet zo leuk meer als vroeger'. Verschillende deelnemers waren teleurgesteld in deze levensfase. In plaats van te kunnen gaan genieten van een plezierige en rustige oude dag werden ze geconfronteerd met diverse problemen en beperkingen. Sommige mannen waren teleurgesteld in hun hele levensloop of hadden spijt van bepaalde besluiten,

bijvoorbeeld in de keuze van hun partner.

Sommige deelnemers voelden zich angstig of waren onzeker over de toekomst. Ze waren bijvoorbeeld bang dat ze door achteruitgang in lichamelijke conditie niet meer in staat zouden zijn om nog voor hun overlijden conflicten op te lossen of dat het hen zou belemmeren in het verlenen van mantelzorg. Een vrouw (met complexe problematiek) die veel informele zorg verleende, zei hierover:

Wanneer je ouder wordt, nemen je reserves af. Twee jaar geleden, toen mijn zoon zijn hartoperatie kreeg, kon ik nog lopen en hem in het ziekenhuis opzoeken. Maar nu kan ik dat niet meer en het omgaan met problemen wordt moeilijker. Moeder is niet meer zo goed in staat om te zorgen. Ik ben bang dat ik de controle verlies, dat ik wegglij ...

Sommige deelnemers verwezen naar individuele karaktertrekken als oorzaak en omschreven zichzelf als 'anders dan anderen', pessimistisch of te perfectionistisch met betrekking tot hun functioneren. Enkele deelnemers verwezen naar een levensloop met depressieve gevoelens. Bij een deelnemer was een posttraumatische stressstoornis vastgesteld.

Sommige deelnemers konden hun somberheid niet verklaren, zij gaven aan dat er geen specifieke reden voor was.

Copingstrategieën van deelnemers

Een positieve screening op depressiesymptomen betekende niet dat deelnemers ook behoefte hadden aan professionele ondersteuning. Deelnemers beschouwden het omgaan met sombere gevoelens als eigen verantwoordelijkheid. In relatie tot coping, verwezen ze naar hun competenties om de oorzaken aan te pakken of te accepteren. Een deelnemer zei het als volgt:

Somberheid zou je dus op een bepaalde manier zelf op moeten kunnen lossen of er mee moeten leren leven, maar voor depressie zijn er [professionele] middelen. (man, complexe problematiek)

Individuele copingstrategieën waren gericht op het behoud van een balans en gevoelens van controle. Deze strategieën konden worden onderscheiden in cognitieve, sociale en praktisch gerichte strategieën.

De cognitieve strategieën bevatten activiteiten gericht op het bestrijden, accepteren of (incidenteel) toegeven aan sombere gevoelens. Voorbeelden zijn: zich groot houden, selectieve vergelijking met anderen die in een slechtere situatie verkeren, relativeren van problemen, 'lichtpuntjes' in de situatie zoeken of plannen maken voor de toekomst:

Ik denk dan: "Okay, ik kan nog wandelen, ik kan nog dingen zien, ik kan mijn handen nog gebruiken en mijn hoofd is nog goed. Ik ga dingen doen". Ik overweeg een nieuwe Apple-computer te kopen, hoewel de huidige nog steeds goed is. (man, geen complexe problematiek)

Andere activiteiten waren het afleiden van negatieve gedachten door bijvoorbeeld naar [vrolijke] muziek te luisteren, lezen, met de hond wandelen of juist toegeven aan somberheid bijvoorbeeld door zichzelf te verwennen met chocolade, een bezoek aan de kapper of door iets leuks te kopen. Stress vermijden werd ook genoemd als bewuste actie:

In de avond zet ik deze mobiele telefoon uit. Ik heb nog een andere en die staat aan, maar zij (dochter die alcoholist is) kent dat telefoonnummer niet. Dus mijn familie en zoons kunnen mij 's avonds wél bereiken, maar zij niet. (man, complexe problematiek)

Sociale strategieën bevatten plezierige activiteiten of uitvoeren van hobby's met anderen, reizen, een gesprek, een brief schrijven, zorgen voor anderen, vrijwilligerswerk of het zoeken van een oplossing door een gevoelig onderwerp te bespreken met de kinderen, zoals blijkt uit het voorbeeld van deze vrouw:

Nou het was niet gemakkelijk, ik heb er voor moeten vechten [haar besluit om niet naar een woonzorgcentrum te verhuizen]. Ze snaptten het ook niet. Ze zeiden: "Maar je kunt daar aardige mensen ontmoeten [...]. Er zijn zoveel voordelen." Ik zei: "Dat weet ik, maar het weegt niet op tegen mijn gevoelens; ik wil hier blijven en hier

sterven". (vrouw, complexe problematiek).

Een onderdeel van deze strategieën was het afwegen van mogelijke risico's. Deelnemers waren zich ervan bewust dat het soms beter of noodzakelijk was om af te zien van bepaalde activiteiten, zoals het niet spreken met bepaalde personen of over specifieke onderwerpen, om zo juist sociale conflicten te voorkomen.

Praktische strategieën bevatten acties zoals zelfmedicatie, beweging, ontspanningsoefeningen of de huisarts consulteren voor geheugenproblematiek. Deelnemers zochten ook praktische oplossingen voor gevoelens van angst, bijvoorbeeld door extra sloten op de deur te installeren.

Coping met betrekking tot somberheid bleek een dynamisch proces. Het eerste interview over ervaren somberheid en oorzaken leidde soms tot besluiten, acties of herwaardering van de situatie door deelnemers. In het tweede interview benoemden deelnemers dan effecten van hun acties of de recente veranderingen. Positief waren bijvoorbeeld andere medicatie of een goed gesprek met kinderen. Een negatieve verandering was bijvoorbeeld achteruitgang van conditie. Deze ontwikkelingen leidden tot een andere invulling van somberheid, een wijziging in de coping of veranderde behoeften aan ondersteuning.

Perspectieven op de eigen rol in het omgaan met sombere of depressieve gevoelens

De deelnemers hadden een duidelijk beeld over hun eigen rol in het omgaan met hun somberheid of depressieve gevoelens. Uit de data kwamen vier patronen naar voren: *mastery*, acceptatie, ambivalentie en behoefte aan ondersteuning.

Mastery.

"Ik zoek zelf een oplossing als ik vind dat het nodig is".

De helft van de deelnemers (19 personen) gaf aan dat zij zichzelf voldoende in staat achtten om op een juiste wijze met gevoelens van somberheid om te gaan. Ze hadden in de huidige situatie geen behoefte aan professionele ondersteuning en vertrouwden op de eigen capaciteiten of de beschikbare sociale ondersteuning. Dit gold voornamelijk voor vrouwen zonder complexe problematiek, maar ook voor sommige deelnemers met complexe problematiek.

Deelnemers verwezen naar hun kennis over ondersteuningsmogelijkheden, hun ervaringen met het zelf regelen van ondersteuning, of doelen en plannen voor de toekomst. *Mastery* en het gevoel eigen regie te hebben kwamen naar voren in uitspraken over het al dan niet opvolgen van (medicatie)adviezen van huisarts of specialist of zelf aanschaffen van pijnmedicatie. Deelnemers met een gevoel van *mastery* gaven aan tevreden te zijn en waren er van overtuigd dat ze indien nodig voldoende professionele ondersteuning zouden kunnen krijgen.

Acceptatie.

"Ik accepteer de situatie zoals die is maar er is iets dat niet meer klopt".

Acht deelnemers gaven aan dat hun problemen niet konden worden opgelost, bijvoorbeeld in het geval van een slechte relatie met partner of kinderen. Ze probeerden de huidige situatie te accepteren, afleiding te zoeken bij negatieve gedachten en zich te richten op positieve aspecten. Sommige deelnemers konden zelfs een bepaalde situatie of moment noemen die er toe had geleid dat 'ze de knop omdraaiden':

[...] Op een nacht zat ik aan deze tafel. Toen dacht ik: "Nee, ik laat het niet langer mijn leven beïnvloeden. Ik stop ze [zorgen en bange vermoedens] in een doosje en gooi de sleutel weg". (vrouw, complexe problematiek).

Deze opstelling resulteerde in het accepteren van de situatie, in plaats van continu piekeren.

Ambivalentie.

"Misschien ontmoet je iemand. Aan de andere kant ontmoet je misschien niemand waar het mee klikt, dat risico wil ik niet lopen".

Zeven deelnemers gaven aan dat ze ontevreden waren met de huidige situatie. Ze wilden verandering in bepaalde aspecten en gaven mogelijke oplossingsrichtingen aan; ze voelden zichzelf echter niet in staat om deze veranderingen in gang te zetten.

Ze wogen voor-en nadelen van mogelijke oplossingen tegen elkaar af, waarbij nadelen vaak de doorslag gaven, zoals de angst voor verandering:

Ik heb mijn eigen schema [...] als je dat gaat doorbreken, ben ik dagenlang van slag. (man, geen complexe problematiek)

Deze deelnemers waren bang voor verschillende 'risico's' zoals het verlies van controle en het niet kunnen overzien van de consequenties van ondersteuning of interventies (vooral deelnemers met complexe problematiek vonden dit moeilijk); het krijgen van 'valse hoop'; vermindering van zelfvertrouwen (bijvoorbeeld door het maken van 'fouten' bij ontmoetingen); en het 'verder van huis zijn' als voorgestelde oplossingen niet tot tevredenheid leidden. Voor een aantal deelnemers was de balans inmiddels zo fragiel dat ze elke verandering vreesden; ze gaven aan moe te zijn en weinig energie te hebben (om met veranderingen om te kunnen gaan).

De huisarts werd voornamelijk geassocieerd met lichamelijke problematiek en het voorschrijven van medicatie:

Moet ik dan medicatie gaan slikken? Ik wil geen pillen, tenminste niet voor dit probleem. Zij [huisarts] kan dit probleem toch niet oplossen [conflict met kinderen]. (man, geen complexe problematiek)

Sommige deelnemers gaven aan 'niet te willen klagen' of niet het risico te willen lopen dat het bespreken van somberheid zou leiden tot een (medicatie)advies dat ze niet wilden of konden opvolgen.

Behoeftte aan ondersteuning.

"Ik zou willen dat er wat veranderde, maar wat moet ik dan doen? Wat kan er aan gedaan worden? Ik weet het echt niet [meer]."

Vier deelnemers gaven aan dat zij professionele ondersteuning nodig hadden. Hoewel ze veel tijd en energie staken in coping bleek dit niet afdoende. De gesprekken werden gedomineerd door depressieve gevoelens en het verlies van hoop en controle op de situatie.

Deze deelnemers waren bij hun huisarts onder controle voor lichamelijke problemen maar ze bespraken niet altijd hun psychische nood. Zij gingen ervan uit dat hun huisarts goed op de hoogte was van de situatie en indien nodig het initiatief zou nemen om depressiesymptomen te bespreken.

Behoeften aan ondersteuning waren adequate pijnmedicatie, herbeoordeling van antidepressiva, verwijzing naar een psycholoog en steun bij huisvestingsproblematiek of een slopende ziekte:

Het enige dat ik wil is dat hij [huisarts] de medicijnen [pijnstillend] beter bekijkt. Maar hij zegt: "Oudere mensen moeten niet teveel medicatie hebben want ze hebben een verhoogd risico op vallen." Nou daar sta je dan. (vrouw, complexe problematiek)

Het was voor sommige deelnemers onduidelijk wie verbetering zou kunnen brengen in hun situatie en op welke wijze, bijvoorbeeld bij lichamelijke achteruitgang in combinatie met financiële problemen en onvoldoende sociale steun. Voor drie deelnemers belemmerden financiële problemen het creëren van een oplossing (bijvoorbeeld een verhuizing).

Deelnemers met een verleden van depressieve gevoelens en complexe problematiek vreesden voor valse hoop; enkele deelnemers hadden alle geloof in professionele interventies verloren.

Opvattingen en voorkeuren ten aanzien van interventies

Deelnemers waren het meest positief over activiteiten die men zélf zou kunnen uitvoeren en waarop men zelf enige invloed zou kunnen uitoefenen, bijvoorbeeld door het zelf kiezen van de gesprekspartner.

Veel deelnemers gaven aan positief te zijn over of behoefte te hebben aan een goed gesprek, het liefst een één-op-één gesprek bij hen thuis. Dit werd vooral genoemd door deelnemers met complexe problematiek. Een hobby en afleiding zoeken werden vaker door mannen genoemd. Hulp na verlies van de partner, ervaringen uitwisselen met lotgenoten en lichamelijke

beweging of ontspanning waren opties die vaak als positief werden beschouwd of waar men zelf al actief mee bezig was (geweest). Deelnemers hadden voorkeur deze acties met een bekende te ondernemen, zoals iemand van de kerk of vrienden:

Toen heb ik een keer tegen haar [vriendin] gezegd: "Waarom kom je nou minder?" "Ja, ik vind het zo moeilijk voor jou." Ik zeg: "Nou, je hebt hetzelfde ervaren als ik nu [verlies van echtgenoot]. Dan kunnen wij toch praten? Dan hebben wij nog steun aan elkaar misschien". (vrouw, geen complexe problematiek)

Enkele deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan de oplossing van een conflict, bijvoorbeeld met de kinderen.

Deelnemers waren vooral kritisch over de vormgeving van interventies en de aard van ondersteuning. Interventies in groepsverband spraken ouderen om diverse redenen minder aan: eerdere negatieve ervaringen zoals huilende mensen in een groep of negatieve beeldvorming op basis van teleurstellende ervaringen van anderen; persoonlijke (in)competenties, zoals onzekerheid in een groep of moeite met het verwoorden van gevoelens. Gehoorproblematiek, verminderd concentratievermogen of geheugenproblemen waren eveneens redenen om de interventie als ongeschikt te beoordelen:

Het vergeten van namen en dergelijke. Ik merk ook dat ik nu soms moeilijk uit mijn woorden kom. Moeilijker dan vroeger in ieder geval. En dat weerhoudt me ervan om me bijvoorbeeld in een discussie te mengen. (man, geen complexe problematiek)

En wat ik ook graag had gewild is cursussen volgen. Maar ik kan me niet concentreren. Dat hoofd gaat alle kanten op. (vrouw, complexe problematiek)

Een belangrijk aspect was angst voor nadelige gevolgen, zoals toename van somberheid door het meeleven met problematiek van anderen, conflicten, teleurstelling of angst om als 'zeurpiet' of afwijkend te worden beschouwd. Hierbij kon tevens schaamte spelen om te vertellen over een onderwerp dat men zelf als irrealistisch of onoplosbaar beschouwde (zoals rouw). Tenslotte waren eerdere sociale rollen van belang:

Ik heb in mijn leven jarenlang gespreksgroepen geleid. Gewoon in een gespreksgroep zitten zie ik al niet meer zitten. Dan zou ik gespreksleider willen zijn, maar dat is voorbij. [...]. (man, geen complexe problematiek)

Negen deelnemers hadden zich in het verleden ingezet als vrijwilliger maar wilden nu liever vrijheid dan verplichtingen. Een aantal ouderen met complexe problematiek gaf aan dat zij graag vrijwilligerswerk zouden uitvoeren, maar er fysiek niet toe in staat waren.

Er bleek weinig interesse voor een zelfstandige aanpak gericht op het omgaan met sombere gevoelens met behulp van een computerprogramma. Vanwege verminderde concentratie, afwezigheid van een computer, angst dat een computer tot meer stress zou leiden, angst te verdwalen op internet of geen zin hebben in een zoektocht. Zelfhulpprogramma's met een boek en eventueel telefonische ondersteuning waren ook niet populair vanwege de solistische aard van de activiteit.

Over bezoek aan een soos of buurthuis en het volgen van een cursus liepen de meningen uiteen: korte cursussen, een educatief en interessant activiteiten aanbod zou dit kunnen stimuleren, maar een cursus wekte ook weerstand omdat dit werd gezien als te schools en verplichtend. Een aantal mannen sprak de voorkeur uit voor groepsactiviteiten alleen voor mannen.

Het minst positief werd gedacht over interventies met een vastomlijnd programma of waarvan men het effect moeilijk kon overzien. De meeste deelnemers waren terughoudend ten aanzien van professionele ondersteuning, omdat men zich er geen goede voorstelling van kon maken of slechte ervaringen mee had. Het al dan niet bespreken van somberheid met de huisarts werd mede beïnvloed door de communicatieve vaardigheden van de arts en de dokter-patiënt relatie. De huisarts als verstrekker van informatie werd weinig genoemd.

Discussie

In dit EPISODE-onderzoek waren deelnemers met sombere gevoelens (gevonden bij screening), met of zonder complexe problematiek, bezig met coping en gericht op het zoeken van oplossingen. Dit vrijwel onzichtbare 'werk' [22] was gericht op

het beheersen van (complexe) problemen en het soms gelijktijdig accepteren en bevechten van sombere gevoelens. Wij vonden dat dit gold voor zowel deelnemers met complexe problematiek, als voor de deelnemers zonder complexe problematiek. Het belang dat deelnemers hechten aan zelfverantwoordelijkheid om met sombere gevoelens om te gaan komt overeen met bevindingen in andere onderzoeken [8 , 11 , 16 , 23]. Coping was gerelateerd aan de oorzaken, in plaats van aan gevolgen van sombere gevoelens, en de meeste deelnemers verwachtten niet dat hun problemen 'opgelost' konden worden door professionele interventies.

Zoals ook beschreven door anderen [24] veronderstelden de meeste deelnemers dat de huisarts een depressie zou herkennen en bespreken als dat vanuit een professioneel perspectief nodig werd geacht. Omdat deze studie deel uitmaakte van de ISCOPE studie waren we in staat om achteraf de GDS-scores van deelnemers te achterhalen. De individuele scores lagen tussen 0-9, met uitzondering voor een deelnemer die gediagnosticeerd was met PTSS. Deze had een GDS-score van 13. Verschillende deelnemers gaven aan dat zij voor depressieve gevoelens onder behandeling waren geweest, of er momenteel medicatie voor gebruikten.

De negatieve invloed van het verlies van sociale rollen op depressieve gevoelens is eerder beschreven bij patiënten met multimorbiditeit [25]. In ons onderzoek verwezen mannen met complexe problematiek vaak naar problemen in sociale relaties; de rol als ouder bleek voor zowel mannen als vrouwen belangrijk.

Deelnemers in ons onderzoek waren het meest positief over kleinschalige en laagdrempelige interventies. Deze interventies leveren de minste 'risico's' op. Behalve in de voorkeur voor één-op-één-gesprekken van ouderen met complexe problematiek, vonden we geen duidelijke verschillen in voorkeuren van ouderen met of zonder complexe problematiek.

Onze bevindingen suggereren dat ouderen met complexe problematiek beschikken over minder adequate mogelijkheden voor coping vanwege meer morbiditeit en klachten van vermoeidheid, concentratieproblemen en/of pijn. Een recent onderzoek toont aan dat pijn van grotere invloed is op depressieve symptomen dan chronische ziekte [26].

In eerder onderzoek werden zorgen van depressieve patiënten over mogelijke nadelen of risico's van het gebruik van antidepressiva beschreven [9 , 15]. Onze bevindingen laten zien dat ideeën van ouderen over de mogelijke risico's van interventies de acceptatie van voorgestelde behandelingen kunnen beïnvloeden [27] en verklaren waarom zij afzien van bepaalde interventies of hun depressieve gevoelens niet uiten [24].

Sterke punten

Deze kwalitatieve studie was ingebed in een groter onderzoek onder ouderen in de algemene bevolking, met een scala aan metingen op het gebied van functionele, somatische, mentale en sociale gezondheid. Dit had als voordeel dat er voldoende potentiële deelnemers waren om optimale variatie te verkrijgen in de steekproef. Het uitvoeren van twee interviews toonde de veranderingen en dynamiek in depressieve gevoelens en copingstrategieën van de deelnemers.

Beperkingen

Hoewel acht deelnemers eerder met een depressie waren gediagnosticeerd, hebben we geen deelnemers geïncludeerd met een ernstige klinische depressie, mogelijk als gevolg van selectieve non-respons. Ook kunnen we geen uitspraken doen over ouderen met cognitieve achteruitgang omdat deze niet geïncludeerd waren in het EPISODE-onderzoek.

Conclusies en aanbevelingen

Ouderen verwachten geen gemakkelijke oplossingen van hun huisarts, maar ze verwachten wel dat de huisarts een coachende rol speelt en als vangnet fungeert bij depressieve gevoelens. Op basis van de resultaten kunnen we een aantal praktische handreikingen voor hulpverleners, zoals huisartsen, formuleren (zie tab. 2).

Tabel 2 Handreikingen voor professionals.

neem het initiatief. Ouderen voelen zich dan gehoord. Zij verwachten niet direct een oplossing
bespreek of bepaalde klachten oplosbaar zijn of geaccepteerd zouden moeten worden
bekrachtig en optimaliseer de persoonlijke copingstrategie van de oudere patiënt

ga na of de patiënt de persoonlijke copingstrategie(en) nog als voldoende ervaart
bespreek de rol en mogelijkheden van de huisarts, de (praktijk- of wijk)verpleegkundige, ouderenadviseur of andere professional
bied interventies in kleine stapjes aan, die bij voorkeur zijn terug te draaien, zodat de patiënt het gevoel heeft zélf de controle te houden en niet teveel risico te lopen
geef uitleg en bespreek als antidepressiva of medicatieveranderingen nodig zijn/geïndiceerd lijken
creëer een multidisciplinair 'vangnet' bij complexe problematiek
voorkom dat de oudere het gevoel krijgt 'uitbehandeld' te zijn

Wij adviseren dat hulpverleners in hun adviezen/interventies aansluiten op de coping-technieken die ouderen al gebruiken, om zo hun zelfvertrouwen te versterken en (veranderende) behoeften aan ondersteuning te monitoren; hiermee sluiten we aan op Cornford [28].

Het monitoren van het beloop van sombere gevoelens en of patiënten hun eigen coping (nog) als voldoende ervaren is evenzeer van belang voor ouderen met matige stemmingsproblemen als voor ouderen met ernstiger depressiesymptomen. Het bespreken van hun behoeften en visie op de risico's kan het vertrouwen in professionals en acceptatie van ondersteuning vergroten. Deze benadering leidt ook tot maatwerk voor ouderen en kan de dialoog tussen patiënt en huisarts bevorderen.

Dankbetuiging

Deze studie werd gefinancierd door het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van ZonMw (projectnummer: 314060301).

Auteurs

Margaret von Faber

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden University Medical Center, Marente

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden

Marente, Voorhout

Gerda M. van der Weele

Afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Nederlands Huisartsen Genootschap

Afdeling Richtlijnontwikkelingen Wetenschap, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht

Geertje van der Geest

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden University Medical Center

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden

Jeanet W. Blom

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden University Medical Center

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden

Nicolette van der Zouwe

GGD Hollands Midden

GGD Hollands Midden, Leiden

Ria Reis

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden University Medical Center, Amsterdam Institute for Social Science Research, Universiteit van Amsterdam, The Children's Institute, University of Cape Town

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden

Amsterdam Institute for Social Science Research, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam,

The Children's Institute, University of Cape Town, Kaapstad, Zuid-Afrika

Roos C. van der Mast

Afdeling Psychiatrie, Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands

Afdeling Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute,

University of Antwerp (CAPRI), Antwerpen

Jacobijn Gussekloo

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden University Medical Center

Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden

e-mail: J.Gussekloo@lumc.nl

Literatuurlijst

1. Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, de Beurs E, Geerling SW, van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;10520-27. 10.1034/j.1600-0447.2002.10078.x
2. Cuijpers P, Van Straten A, van Schaik A, Andersson A. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2009;5951-60. 10.3399/bjgp09X395139
3. Comijs HC, van Marwijk HW, van der Mast RC. The Netherlands study of depression in older persons (NESDO); a prospective cohort study. *BMC Res Notes.* 2011;4524-10.1186/1756-0500-4-524
4. Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, van Tilburg W, Westendorp RGJ. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord.* 2004;78193-200. 10.1016/S0165-0327(02)00310-5
5. Mitchel AJ, Rao S, Vaze A. International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors. *Br J Gen Pract.* 2011;6172-80. 10.3399/bjgp11X556227
6. Romijn G, Ruiters M, Smit F. In: Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie. Utrecht: Trimbos Instituut; 2007.
7. Lyness JM, Pin Q, Tang W, Tu X, Conwell Y. Risk for depression onset in primary care elderly patients: potential targets for preventive interventions. *Am J Psychiatry.* 2009;1661375-1383. 10.1176/appi.ajp.2009.08101489
8. Van der Weele GM, de Jong R, de Waal M. Response to an unsolicited intervention offer to persons aged ≥ 75 years after screening positive for depressive symptoms: a qualitative study. *Int Psychogeriatr.* 2012;24270-277. 10.1017/S1041610211001530
9. Van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26184-189. 10.1016/j.genhosppsy.2003.12.001
10. Prins MA, Verhaak PF, Bensing JM, van der Meer K. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-the patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev.* 2008;281038-1058. 10.1016/j.cpr.2008.02.009
11. Wittkamp K, van Zwieten M, Smits F, Schene A, Huyser J, van Weert H. Wat denken gescreende patiënten met een depressie over hun diagnose?. *Huisarts Wet.* 2009;52274-280. 10.1007/BF03085640
12. Beljouw IMJ, Laurant MGH, Heerings M, Stek ML, van Marwijk HWJ, van Exel E. Implementing an outreaching, preference-led stepped care intervention programme to reduce late life depressive symptoms: results of a mixed methods study. *Implement Sci.* 2014;9107-10.1186/s13012-014-0107-y
13. Joo JH, Wittink M, Dahlberg B. Shared conceptualizations and divergent experiences of counseling among african

- american and white older adults. *Qual Health Res.* 2011;211065-1074. 10.1177/1049732311404247
14. Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bugra D, MacDonald A. Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Soc Sci Med.* 2006;631363-1373. 10.1016/j.socscimed.2006.03.037
 15. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. 'Justifiable depression': How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract.* 2006;23369-377. 10.1093/fampra/cmi115
 16. Prins MA, Meadows G, Bobevski I. Perceived need for mental health care and barriers to care in the Netherlands and Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;461033-1044. 10.1007/s00127-010-0266-3
 17. Lawrence V, Banerjee S, Bhugra D, Sangha K, Turner S, Murray J. Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychol Med.* 2006;361375-1383. 10.1017/S0033291706008117
 18. Conner KO, Lee B, Mayers V. Attitudes and beliefs about mental health among African-American older adults suffering from depression. *J Aging Stud.* 2010;24266-277. 10.1016/j.jaging.2010.05.007
 19. Blom JW, den Elzen W, van Houwelingen AH. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomized controlled trial: Integrated Systematic Care for older People – the ISCOPE study. *Age Ageing.* 2016;4530-41. 10.1093/ageing/afv174
 20. Sheikh JA, Yesavage JA, Brink LT. Geriatric depression scale (GDS): recent findings and development of a shorter version. In: *Clinical gerontology; a guide to assessment and intervention.* New York: Howarth; 1986.
 21. Strauss A, Corbin J. In: *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory.* London: SAGE; 1998.
 22. Corbin JM, Strauss A. In: *Unending work and care: managing chronic illness at home.* San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
 23. Switzer JF, Wittink MN, Karsch BB, Barg FK. "Pull yourself up by your bootstraps": a response to depression in older adults. *Qual Health Res.* 2006;161207-1216. 10.1177/1049732306290148
 24. Wittink MN, Barg FK, Gallo JJ. Unwritten rules of talking to doctors about depression: integrating qualitative and quantitative methods. *Ann Fam Med.* 2006;4302-309. 10.1370/afm.558
 25. Stanners MN, Barton CA, Shakib S, Winefield HR. Depression diagnosis and treatment amongst multimorbid patients: a thematic analysis. *BMC Fam Pract.* 2014;15124-10.1186/1471-2296-15-124
 26. Gerrits MJG, van Oppen P, Leone SS, van Marwijk HWJ, van der Horst HE, Penninx BW. Pain, not chronic disease, is associated with the recurrence of depressive and anxiety disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14187-10.1186/1471-244X-14-187
 27. Chew-Craham C, Kovandžić M, Gask L. Why may older people with depression not present to primary care? Messages from secondary analysis of qualitative data. *Health Soc Care Community.* 2012;2052-60. 10.1111/j.1365-2524.2011.01015.x
 28. Cornford CS, Hill A, Reilly J. How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. *Fam Pract.* 2007;24358-364. 10.1093/fampra/cmm032